

ORTRA
Relatório Faturamento - Paciente

Empresa: ORTRA

Convenio: COLEGIO ADVENTISTA

Empr.Conv:

Paciente: 115891

JOAO PEDRO CORREA DA SILVA

Data: 31/10/2024

qui

Hora Prev.: 17:22

Hora Início:

Hora Término:

Medico: 12997 PAULO CEZAR DEBONI

8.42.9472

Boletim: 839021

Guia Principal:

Matric. 31172

Cpf: 27441091004

Plano/Franquia:

Sit.: LIBERADO

Autorização: 22716

SHERON CRUZ

Conduta	Descrição	Vlr.Unit.	Qt.	Total	Co-part. P
CONSULTA					
10101039 C	CONSULTA				
FRATURA FALANGE TRAT CONSERVADOR		63,00	1,00	63,00	0,00
0012 P	FRATURA FALANGE (MAO)				
ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO		23,10	1,00	23,10	0,00
0025 P	ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO				
TALA GESSADA PUNHO E MÃO		33,60	1,00	33,60	0,00
00102 M	MATERIAL TALA GESS PUNHO/MAO				
0029 T	TAXA DE SALA GESSO	24,95	1,00	24,95	0,00
0052 P	TALA GESSADA PUNHO MÃO	27,72	1,00	27,72	0,00
		36,96	1,00	36,96	0,00

Resumo:	Exames:	Total	Co-particip.	Guia:	Total	209,33	0,00
	Honorarios:	0,00	0,00				
	156,66	0,00					
	Material:	24,95	0,00				
	Medicamentos:	0,00	0,00				
	Serviços:	0,00	0,00				
	Taxas:	27,72	0,00				
	30 %	0,00					
	Diárias:	0,00	0,00	Mat + Med:	24,95		
	Ortese:	0,00	0,00	Tax+Serv+Diaria+Ortese:	27,72		
		0,00	0,00	Total - Co-particip.	209,33		

01/11/2024 15:47:37

Boletim de Atendimento 839021

Data : 31/10/2024 Hora : 17:22

Autorização

Paciente: 8.42.9472

JOAO PEDRO CORREA DA SILVA

Sexo: M

Dt.Nasc./Idade: 11/01/2011 13 Ano(s) e 9 Meses

Identidade: 1139229841 Fone: 5193273841

Mãe: DAIANE CORREA MACHADO

Naturalidade: RS-

Endereço: RUA INVESTIGADOR PEDRO LOECI MARTINS,90-CASA Cidade:PORTO ALEGRE Cep:90830280

Convênio: **COLEGIO ADVENTISTA**

CAUSA DO SOCORRO (informações prestadas à recepção):

Mão (Dedo) Direito

HISTÓRICO - EXAME FÍSICO :

TRAUMA DIRETO MÃO Dta - com DOR M-F POLEGAR Dto -
com DÉFICIT EXT DEDO MÃO Dta - POLEGAR Dto

-solicito Rx MÃO Dta

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1-FRATURA EPIFISIÓLISE G 1- M-F POLEGAR Dto -
2-LESÃO TEND EXT DEDO MÃO Dta - POLEGAR Dto

PROCEDIMENTO/MEDICAÇÃO:

1-10101039-CONSULTA
1-0012-FRATURA FALANGE (MAO)
1-0025-ROTURA APARELHO EXTENSOR DEDO
1-0052-TALA GESSADA PUNHO MÃO

EXAMES SOLICITADOS:

Lado: D -> RX MAO OU QUIRODACTILOS

PROCEDIMENTO/CONSIDERAÇÕES:

CONSULTA por 1-TTM CONSERV de FRATURA EPIFISIÓLISE G 1- M-F POLEGAR Dto -
2-TTM CONSERV de LESÃO TEND EXT DEDO MÃO Dta - POLEGAR Dto

ALIVIUM gts
ICS

Dr. Paulo Deboni
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CREMERS 12097

21236-ALBERTO ARAIS PYDD
Médico Diretor

12997 PAULO CEZAR DEBONI
Médico Responsável

Declaro estar de acordo com os termos da Política de Privacidade da clinica disponível no site <http://clinicaortra-poa.com.br/LGPD>

Enfermagem:

Recepção: SHERON CRUZ

Assinatura do responsável/Paciente:

AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Aluno: Joao Pedro Correa da Silva
Nº da Carteirinha: 8.42.9472
Instituição: Colégio Adventista de Porto Alegre



Data de Nascimento: 11/01/2011 **Nº da Guia:** 22716

Data da Ocorrência	Horário	Local	Atividade
31/10/2024	16:23:00	Ginásio	Aula de educação física

O que aconteceu	Partes do corpo
Torção	1º Dedo Mão Direita

Descrição
O aluno estava na aula de educação física quando a bola bateu na ponta do dedo.

Testemunha da ocorrência	Telefone
Diornes Melo	(51) 98583-6961

Quem prestou primeiros socorros	Data
Aline Carvalho	31/10/2024

Local de atendimento	Endereço	Nº	Bairro	Telefone
ORTRA - Clínica de Ortopedia (NÃO ATENDE TRAUMA DE CABEÇA)	AV. CAVALHADA	2166	CAVALHADA	(51) 3241-0900 (51) 3247-1456

Observações
Colocamos gelo e entramos em contato com a dinda.

87.115.838/0006-13

COLÉGIO ADEVENTISTA PORTO ALEGRE

Rua Camaqua, 534
Camaqua - CEP 91.910.630
PORTO ALEGRE - RS

Ass.:

Aline Carvalho

Aline Ferreira da Rocha Carvalho

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:
Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0003-31
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / portoalegre.clinicaadventista.org.br